Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação

Carla Costa Teixeira
UnB

Cristina Dias da Silva
UFJF

Introdução ao problema

Pesquisando a produção sobre a saúde indígena no Brasil, observamos que ela se tornou expressiva nas Ciências Sociais muito recentemente. No que se refere ao volume de investigações, verificamos, por exemplo, em consulta feita à base de teses e dissertações da Capes, que de nove teses e dissertações produzidas na década de 1990,[1] passamos para um total de 36 no período entre 2000 e 2010, ou seja, observa-se que este número quadruplicou em 10 anos. É claro que, se considerarmos o conjunto de teses e dissertações das ciências sociais produzidas nesse mesmo período, este número permanece reduzido. O que pretendemos argumentar aqui é que não se pode analisar a importância, em especial da antropologia, nos estudos de saúde indígena apenas por esta expressão quantitativa. Desta perspectiva, discutir a relevância e o significado de tal produção com foco na contribuição antropológica e apresentar sua genealogia na antropologia brasileira são os objetivos deste artigo.

A rota escolhida para isto foi inicialmente explorar o banco de dados de teses e dissertações da Capes e investigar os grupos de pesquisa registrados no CNPq ou informados nos sítios dos programas de pós-graduação em antropologia, a fim de esboçar um panorama geral da produção das ciências sociais sobre o tema e qualificar o lugar da produção antropológica. Em seguida, buscamos inserir os números aferidos em contextos mais abrangentes que nos possibilitassem compreendê-los enquanto parte de um processo que se insere simultaneamente nas dinâmicas do campo científico e do campo político brasileiros. Somente então traçamos algumas convergências temáticas próprias da produção antropológica ao longo das últimas décadas e apontamos certos desdobramentos de pesquisa que vêm se configurando como linhas fortes.

Os números em contexto e possibilidades de análise

O banco de teses e dissertações da Capes remonta seus registros ao ano de 1987. Tal limitação não chegou a ter relevância, pois a primeira dissertação – quando o descritor "saúde indígena" foi inserido no item "assunto" a ser pesquisado – surgiu em 1988. Em termos do conteúdo disponibilizado, além de autor, título e ano de defesa, a ficha permite inserir outras informações detalhadas sobre a tese ou a dissertação indexada, tais como: orientador/a, banca examinadora, palavras-chave, linha de pesquisa, área do conhecimento, agência financiadora, instituição e resumo. Chama a atenção, no entanto, o fato de nem todas as informações estarem completas e de haver a impossibilidade de pesquisar as teses/dissertações por programa de pós-graduação nos termos definidos pela própria Capes.

Se em relação à primeira observação a incompletude é responsabilidade de quem fornece as informações – ou seja, os programas de pós-graduação, a segunda limitação é da própria estrutura do banco que não permite, embora haja a informação, fazer levantamentos específicos por pós-graduação segundo sua inserção disciplinar. Caso se tente contornar esta dificuldade pela "área temática", descobre-se que esta se refere ao diálogo teórico e/ou metodológico que o autor informa como relevante no desenvolvimento de sua tese ou dissertação. Assim, a informação sobre se um trabalho foi desenvolvido ou não em um programa de antropologia – nosso recorte privilegiado aqui – só pode ser obtida por acesso à ficha individual de cada tese ou dissertação indexada.

Considerando, portanto, as especificidades do material analisado, constatamos, a partir do uso do descritor "saúde indígena",[2] que na década de 1990 o conjunto geral dos programas de pós-graduação brasileiros registrou a produção de apenas 31 teses e dissertações. Destas, a maior concentração encontrava-se em pós-graduações de saúde pública (uma tese e oito dissertações), seguida de perto pelos programas de pós-graduação em antropologia, com seis dissertações sobre o assunto. Claramente a saúde indígena não era um recorte de investigação relevante para a antropologia, principalmente se levarmos em conta que apenas entre 1996 e 1999 foram produzidas 305 dissertações e 91 teses em antropologia (Seyferth, 2004:102). O que chama a atenção, contudo, é que tampouco a saúde indígena era uma questão para os estudiosos da saúde pública no Brasil. Como veremos mais adiante, esta marginalidade no campo de debate da saúde tem raízes históricas profundas.

A primeira década do século XXI mudaria esse panorama, registrando uma explosão de investigações no tema: 282 teses e dissertações sobre saúde indígena com diferentes inserções disciplinares[3] – direito, genética, psicologia, enfermagem, geografia, nutrição, engenharia civil, história, odontologia, educação,

desenvolvimento sustentável, linguística etc. Os programas de saúde pública/ coletiva consolidaram sua liderança nesse campo (77 teses e dissertações).[4] Já os programas de ciências sociais (ciências sociais, antropologia, política pública/ social) ampliaram sua produção para 36 teses e dissertações. Se tomarmos uma concepção menos restritiva de ciências sociais e incluirmos abordagens afins como, por exemplo, os programas de pós-graduação em direito, história, geografia, administração e governo, sociedade e cultura e saúde e desenvolvimento, este número se eleva para 64 teses e dissertações.

Longe de cultuarmos a magia dos números, o que pretendemos é tomar essas proporções quantitativas como indicadores de algumas tendências nas investigações em saúde indígena desenvolvidas nas pós-graduações brasileiras nas duas últimas décadas, quais sejam: 1. ampliação da produção; 2. diversificação das abordagens disciplinares; 3. liderança crescente dos programas de saúde pública/coletiva; e 4. consolidação dos programas em ciências sociais *lato sensu* dentre os que mais produzem sobre o tema.

Em relação aos grupos de pesquisa cadastrados no CNPq, identificamos 27 grupos com o tema saúde indígena na grande área das ciências humanas, sendo 15 especificamente de antropologia, nem sempre localizados em departamentos de antropologia com pós-graduação, mas distribuídos por universidades de diferentes unidades da federação. Tal montante adquire relevância quando cotejado com os 11 grupos de pesquisa da saúde coletiva identificados por meio do mesmo tema no diretório do CNPq, principalmente quando estes revelaram também a presença de antropólogos. É importante destacar que os grupos de pesquisa do CNPq não necessariamente se traduzem em linhas e núcleos de pesquisa formalizados nas pós-graduações. Se a consulta às páginas dos programas de pós-graduação em antropologia revelou a desigualdade de condições de funcionamento da interface de consulta e da informação disponível, tal informação não deixa de sugerir a pouca relevância atribuída pelos pesquisadores a esta institucionalização, se comparada com o registro de grupos de pesquisa no diretório do CNPq.

Para se entender este incremento é preciso, no entanto, inseri-lo em pelo menos dois horizontes mais abrangentes: 1. a ampliação dos programas de pós-graduação e do espaço de reflexão e troca de experiências de investigação propiciado pelas organizações científicas; 2. o processo de democratização no país e a implantação do Subsistema de Saúde Indígena. Se o primeiro concerne ao dinamismo que a pós-graduação viveu a partir de sua modernização nos anos 1960, o segundo contexto, a nosso ver mais relevante para a compreensão do processo em foco, refere-se à Constituição de 1988 em seus desdobramentos tanto para os marcos legais dos direitos indígenas quanto da saúde enquanto um direito universal.

Muitos são os estudos sobre a importância da atual Constituição Federal para o reconhecimento do direito de os indígenas viverem segundo suas tradições, bem como para a afirmação legal de sua capacidade processual e, consequentemente, para o enfraquecimento do regime de tutela (Souza Lima & Barroso-Hoffman, 2002a; Souza Lima & Barroso-Hoffman, 2002b; Sousa *et alii,* 2010). Dentre eles, encontramos reflexões elaboradas por acadêmicos indígenas como, por exemplo, nas coletâneas Araújo *et alii* (2006); Luciano (2006); Luciano, Oliveira e Barroso-Hoffman (2010). Muitas são também as reflexões sobre o movimento de reforma sanitária que, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, norteou os princípios que orientaram a universalização do direito à saúde nos termos do Sistema Único de Saúde/SUS (Escorel, 1998; Lima *et alii,* 2005). Esta foi uma arena para alianças com o movimento indígena, contribuindo assim para a institucionalização de um subsistema diferenciado no âmbito do SUS para a atenção básica à saúde dos povos indígenas (Garnelo, Macedo & Brandão 2003; Langdon, 2004; Garnelo & Langdon, 2005).

Pouco, entretanto, tem sido escrito sobre a centralidade desse processo político para a confluência de relevâncias empíricas e prioridades de agenda de pesquisa, o que foi fundamental para o desenvolvimento não só das pesquisas das ciências sociais em saúde indígena, mas também para a sua qualidade interdisciplinar e para a predominância de certos eixos de investigação – esta tendo sido a hipótese em que apostamos. Antes, contudo, a compreensão das conexões entre pesquisadores requer a incursão em outras formas de colaboração.

Rastrear a dimensão interinstitucional dessas redes é um passo crucial a ser dado, e nos propomos a delineá-la "garimpando" a presença do tema da saúde indígena em grupos de trabalho, mesas redondas, simpósios etc. realizados em reuniões da Associação Brasileira de Antropologia (ABA).[5] Esta metáfora se deve ao fato de os pesquisadores deste tema se inserirem também em diversas atividades com denominações mais abrangentes na programação dos eventos, e pela diversidade dos registros da programação das reuniões bienais da ABA. Assim, será considerado o material obtido em consulta à página da ABA, ao acervo impresso de anais existentes em sua secretaria administrativa e ao nosso acervo pessoal.[6]

A temática da saúde indígena esteve presente desde as primeiras reuniões da ABA. Assim, na 2ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada em 1957, Darcy Ribeiro proferiu no primeiro dia do evento uma palestra intitulada "Efeitos dissociativos da depopulação por epidemias entre os índios" – numa expressão clara da preocupação com o poder dizimador das doenças oriundas do contato que imperava no horizonte político e intelectual da época. Nem sempre, contudo, há referências explícitas a esta questão na programação dos

anais das reuniões bienais que se sucederam. É preciso considerar que, na medida em que as reuniões passaram a congregar um número cada vez maior de participantes, suas atividades se desdobraram em grupos de trabalho, fóruns, simpósios, minicursos etc., sendo preciso consultar o detalhamento das apresentações que as compõem para localizar as investigações em saúde indígena em meio às reflexões sobre, por exemplo, corpo, saúde e doença; comida e simbolismo; políticas públicas de saúde; curas espirituais; indigenismo; transformações indígenas; perspectivas de gênero; itinerários terapêuticos; populações tradicionais e meio ambiente; indígenas e participação nas políticas públicas. Embora este espraiamento tenha se mantido até a reunião de 2010, os anos 2000 congregam um número maior de atividades focadas na saúde indígena, trazendo, portanto, o tema no seu próprio nome.

A ABA tem sido ponto de encontro para o debate sobre essas problemáticas, oriundas tanto das perspectivas focadas nos itinerários terapêuticos indígenas quanto naquelas dedicadas às relações políticas em que se inserem os processos de adoecimento e cura. A 27ª RBA (2010) contou com uma mesa redonda sobre Medicinas Tradicionais e Políticas de Saúde Pública que, sob a coordenação de Jean Langdon (UFSC), articulou pesquisadores de universidades, instituições de pesquisa e órgão de governo; e um minicurso sobre Saúde Indígena coordenado por Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz) e Jane Beltrão (UFPA). A 26ª RBA (2008) abrigou um grupo de trabalho intitulado Agentes de Diálogos e Participação Indígena nas Políticas Públicas, coordenado por Márcia Gramkow (GTZ) e Maria Helena Ortolam (Ufam), que congregou dezenas de pesquisadores em seus três dias de reunião, com sete apresentações estritamente sobre saúde indígena. Nesta mesma RBA ocorreram também dois simpósios especiais (atividades propostas pela diretoria da ABA) nos quais se discutiram: 1. a Saúde Indígena em Perspectiva: Explorando suas Matrizes Ideológicas (coordenado por Carla Teixeira, UnB); e 2. Demografia e Antropologia: os Povos Indígenas no Censo 2010, promovida em conjunto com a Associação Brasileira de Estudos Populacionais.

A 25ª RBA (2006) já havia inaugurado o diálogo entre antropologia e demografia com a mesa Demografia e Antropologia dos Povos Indígenas no Brasil: em busca de interfaces, coordenada por Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz). Nesta reunião ocorreram também outras duas atividades sobre saúde indígena: 1. o simpósio especial A Política Indigenista em Debate (antropologia urgente), promovido pela Comissão de Assuntos Indígenas da ABA, cuja segunda sessão foi sobre saúde indígena (coordenação de Marco Lazarin, UFG); e 2. o grupo de trabalho A Saúde e a Doença: antropologia aplicada à saúde em contextos multiculturais, coordenado por Sérgio Lerín (Ciesas – México) e Flávio Wiik

(UFSC). Este grupo de trabalho reuniu o maior número e a maior diversidade institucional de pesquisadores em saúde indígena, dentro e fora do país, jamais visto em outras reuniões: 17 pesquisadores oriundos de universidades brasileiras e latino-americanas. Expressando a tendência de incremento observada ao longo da década, a 24ª RBA reunida em 2004 abrigou vários trabalhos em saúde indígena em atividades focadas em questões afins, mas, especificamente em saúde indígena, ofereceu um minicurso sobre Antropologia, Políticas Públicas e Saúde em Territórios Étnicos, coordenado por Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz) e Antonio Carlos de Souza Lima (MN/UFRJ).

Nesse percurso retroativo, há que se destacar a reunião de 2002, a 23ª RBA, com uma atividade que teve repercussões duradouras para o desenvolvimento das discussões e para o fortalecimento deste espaço dentro das reuniões brasileiras de antropologia, como rastreado nos eventos acima descritos. Trata-se do Fórum de Pesquisa Política de Saúde e a Intervenção Antropológica, coordenado por Jean Langdon (UFSC) e Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz), que resultou na coletânea *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*, publicado em 2004 com a chancela da própria Associação Brasileira de Antropologia. Esta coletânea transformou-se num marco para a reflexão antropológica sobre a saúde indígena, mas também sobre a participação dos antropólogos em contextos externos à universidade e aos institutos de pesquisa, ao apresentar uma diversidade de produções regionais no Brasil, na qual essa preocupação com as interfaces de ação entre saúde pública e saúde indígena se manifesta e se consolida como tema particularmente relevante para os antropólogos.

Além da oportunidade de espaços de articulação interinstitucional promovido pela ABA, por fim, há que se considerar ser tal dinamismo tributário também de outros contextos relevantes para a antropologia brasileira, com destaque para o marco legal da modernização das pós-graduações no Brasil. Datando de 1965, esta modernização estabeleceu o fim das cátedras e a reforma universitária (Trajano & Martins, 2004:17-19), propiciando algumas das condições necessárias ao surgimento, em 1968, do primeiro Programa de Pós-Graduação em Antropologia. A partir daí, ocorreu uma expansão consistente registrada pelos 11 programas constituídos até os anos 1990 e pelo seu contínuo crescimento, atingindo a marca de 20 programas até 2012.

Assim, se é preciso ter clara a importância dos diferentes elementos que configuraram os contextos de produção de conhecimento em saúde indígena e sua multiplicidade de agentes e instituições, como analisaremos a seguir, a compreensão de relevâncias, pesquisadores e instituições de referência neste debate

requer ainda sua consideração em relação ao processo de construção da própria política nacional para a saúde indígena.

É interessante notar que, no processo histórico de construção de metas e de uma estrutura de saúde pública durante a Primeira República (1889-1930), no Brasil, o indígena não fazia parte das populações do interior eleitas como alvo das intervenções para tratamento de doenças endêmicas (Hochman & Silva, no prelo). Apenas na década de 1940, com a expedição Roncador-Xingu e as consecutivas aberturas de rodovias, como a Belém-Brasília e a Transamazônica, a demanda por conhecer e produzir diagnósticos sobre as condições de saúde dos povos indígenas se tornou consistente. Os dois episódios que marcariam a entrada das populações indígenas no imaginário sobre o interior brasileiro foram a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1941, e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), em 1956. Em que pese a inexistência de distinções étnicas, foi a partir daí que começou a se delinear um alinhamento explícito de "expansão do poder público, desenvolvimento, saúde pública institucionalizada e populações indígenas" (Hochman & Silva, no prelo). Com a instituição da Fundação Nacional do Índio (Funai) em 1967, surgiram as chamadas Equipes Volantes de Saúde (EVS) residentes nas capitais regionais. Cabe destacar que, na transição do Susa para o modelo das EVS no período da Funai, implantou-se um sistema de escala de auxiliares de enfermagem nas aldeias para desenvolver ações curativas de emergência e assistência a tratamentos prolongados.

Entretanto, uma política de saúde indígena configurada em um sistema próprio surgiria apenas após a Constituição Federal de 1988, um marco para toda a política de saúde feita no Brasil até então, com a criação do Sistema Único de Saúde. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, dois anos antes da nova Constituição, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e já contava com a participação pioneira das antropólogas Jean Langdon (UFSC), Maria Rosário de Carvalho (UFBA) e Regina Muller (UniCamp).[7] Cabe destacar que a vinculação explícita destas duas conferências permitiu articulações importantes entre o movimento da reforma sanitária, antropólogos e o movimento indígena. Para debater especificamente a problemática de um modelo de saúde próprio, foram realizadas outras três Conferências Nacionais de Saúde Indígena até o ano de 2006, período em que se formulou e se estabeleceu a implantação de um sistema de atendimento culturalmente diferenciado, culminando na implantação do Subsistema de Saúde Indígena.[8]

Tal conformação interdisciplinar da própria política pública de saúde indígena expressa e reforça a disposição destes campos, através de trajetórias de pesquisadores e profissionais da saúde, cujo diálogo produzido ao longo das últimas

duas décadas tem se favorecido, como procuramos ressaltar, pela ampliação da produção acadêmica em saúde indígena, pela diversificação de abordagens disciplinares, pela liderança crescente dos programas de saúde pública/coletiva e pela consolidação dos programas em ciências sociais lato sensu. Isto significa que as tendências verificadas dentro dos programas de pós-graduação atestam haver um ambiente propício à produção e à consolidação de uma interface de ação na saúde indígena, cujo processo de inclusão tem se realizado concomitantemente ao processo de produção de uma política de saúde diferenciada.

Ampliação, diversificação e convergências (1990-2010)

Podemos dizer, após a qualificação dos espaços e dos tempos em que se inserem as pesquisas em saúde indígena, que o tema se constituiu como um problema de pesquisa a partir de uma *confluência* de abordagens. A leitura cuidadosa do material apontou a existência de duas tendências que atuam de forma não excludente: 1. as reflexões sobre o processo do adoecimento e cura, bem como as práticas relacionadas aos itinerários terapêuticos, frequentemente englobadas por recortes etnológicos, dentre os quais se sobressaem as noções de corpo e pessoa; e 2. as análises das relações políticas nas quais se inserem os conflitos na assistência à saúde indígena, seja por suas ambiguidades na atribuição de responsabilidades aos diferentes atores políticos envolvidos, seja pelas análises dedicadas ao processo atual de distritalização com a inclusão de figuras-chave do controle social indígena.

Uma análise da construção da saúde indígena como um tema relevante na antropologia não poderia deixar de perceber e alinhavar essas situações de diálogo, nem sempre registradas na forma de publicações acadêmicas, mas que foram responsáveis pela articulação e o planejamento conjunto de diversas medidas de apoio e construção do cotidiano da assistência à saúde dos povos indígenas. Cabe-nos, para melhor compreender a relação entre as pesquisas e as interfaces de ação na conformação destas duas tendências, recuperar a produção acadêmica ao longo das últimas décadas que elegeram a saúde indígena como um tema fundamental. Ao explicitarmos suas abordagens, esperamos contribuir com o histórico acadêmico que compõe a relevância da produção antropológica em saúde indígena e suas interfaces institucionais.

Em 1963, conforme destacado por Buchillet (2007:19-20), Ackernecht apontava para problemáticas próprias da saúde indígena no interior de recortes etnológicos, através de temas clássicos como xamanismo, rituais e cosmologia. O autor, em sua contribuição para o *Handbook of South American Indians* – vol. V, caracterizou as práticas médicas de povos não andinos da América do Sul em torno de cinco temáticas:

> 1. a prevalência do conceito de "objeto intruso", "espírito intruso" e "*soul loss*" como causalidade das doenças; 2. o procedimento padrão dos xamãs, que poderia ser resumido por meio das ações de cantar e fumar; do transe induzido por substâncias tóxicas; além de massagens, sucção e aplicação de substâncias curativas; 3. uso generalizado de sangramentos, enemas e dietas; 4. rituais de profilaxia, como perfurações nos lábios, orelhas, tatuagens etc.; 5. a posição social privilegiada dos xamãs (*medicine man*) e as grandes dificuldades a que são submetidos durante os períodos de iniciação (Ackernetch *apud* Buchillet, 2007:19-20; tradução livre).

Tais temáticas constituíram uma agenda de pesquisa que se tornaria importante para a etnologia brasileira.

Pode-se identificar, contudo, o início de uma reflexão sistemática sobre o processo saúde e doença entre povos indígenas na América do Sul a partir da tese de doutorado de Jean Langdon, de 1974, sobre o sistema médico dos Siona (Amazônia colombiana), tendo sido pioneira na constituição deste campo de pesquisas na antropologia brasileira ao se tornar professora, em 1984, do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Sua tese abordava as relações entre sistemas de saúde e xamanismo, cuja problematização central era a relação entre crença e comportamento. Posteriormente, em meados da década de 1990, o enfoque das questões etnológicas, como o xamanismo e os conceitos indígenas de saúde e doença, aliou-se a um engajamento reflexivo na interface com políticas públicas de saúde voltadas para as populações culturalmente diferenciadas.

As teses de doutorado de Weiss (1998) e Erthal (1998), dentre as primeiras dedicadas especificamente a pensar a relação entre agentes da política de saúde e os povos indígenas, corroboram tal perspectiva, e podem ser localizadas entre os estudos em saúde pública e uma antropologia dos percursos terapêuticos indígenas. Portanto, a influência do que chamamos de *interfaces de ação* nasce dessa aproximação gradativa entre a saúde coletiva (dados demográficos e epidemiológicos das populações indígenas que compõem a produção de dados na esfera governamental) e as etnografias que abordam conceitos indígenas de doença e de corpo, motivada pelas experiências de antropólogos e profissionais de saúde que atuaram, e atuam, na gestão direta da saúde indígena.

Nos anos 1990, podemos elencar várias dissertações assemelhadas pela visibilidade conferida às medicinas indígenas ou etnomedicinas a partir de um diálogo crítico com a epidemiologia e sua lógica de produção dos dados (Pires, 1988; Verani, 1991; Carvalho, 1996). Nessa mesma linha, alguns trabalhos

pontuam a problemática do "impacto" do uso de medicamentos e outros bens médicos ocidentais no conjunto das representações nativas (Novaes, 1996; Lacerda, 1999) e, ainda, as relações de poder que circunscrevem a prática dos Agentes Indígenas de Saúde surgem, de forma pioneira, em Mendonça (1996). Críticas quanto à organização de um sistema de saúde indígena também estão presentes em Fassheber (1998), que intenciona contrastar a perspectiva universalizante da biomedicina com a compreensão dos saberes tradicionais indígenas. Pellegrini (1998) e Pacini (1999) conferem importância definitiva às relações entre doenças e contato interétnico, analisando novos contextos do adoecer entre indígenas, bem como estratégias de "pacificação" relacionadas ao desenrolar histórico da assistência à saúde.

Outros trabalhos – a maioria produzida em programas de pós-graduação em saúde pública – focam a produção epidemiológica como forma de conhecimento *per se*, explorando o histórico de contato interétnico do grupo estudado para discutir aspectos operacionais e conceituais da vigilância epidemiológica em saúde indígena através dos indicadores de saúde levantados (Ferrari, 1996; Lobo, 1996; Brant de Carvalho, 1997; Hökerberg, 1997).

A partir deste cenário e da rede de relações que se formou no acúmulo das experiências desses atores, a análise das políticas de saúde indígena se tornaria frequente na década seguinte, tendo como tema principal a reestruturação da política de saúde indígena e os novos contornos das relações entre os povos indígenas e as instâncias governamentais de saúde. Assim, nos anos 2000, em paralelo aos trabalhos em saúde pública focados em um diagnóstico epidemiológico, nutricional etc. e geralmente definidos como "situação de saúde", a década correspondeu a um período de ampliação e diversificação dos estudos em saúde indígena, apresentando duas linhas de debate que apontamos a seguir e que, sugerimos, são desdobramentos de um processo anterior de encontros (e desencontros) entre análises e propostas metodológicas produzidas por antropólogos, por profissionais de saúde e por acadêmicos da área de saúde pública.

A primeira tendência se insere no debate sobre itinerários terapêuticos indígenas, no escopo de estudos em etnologia indígena e saúde. A diversidade dos temas que se destacam aqui pode ser apontada nas linhas internas de debate que são recorrentes nessas pesquisas, tais como: 1. concepções e práticas de cura indígenas por meio das análises focadas no corpo e na pessoa[9] (Fidelis Dias, 2001; Cruz, 2002; Araújo, 2003; Farias, 2004; Creatini da Rocha, 2005; Mota, 2007; Mendonça, 2009; Franco Neto, 2010; Barra, 2010; Braga, 2010; Muniz, 2010); 2. as práticas alimentares e a construção da pessoa (Toledo, 2007; Leite, 2007; Oliveira, 2009); 3. o cenário de conflitos de saberes entre os pontos de vista

da biomedicina e de certo povo indígena (Scopel, 2007; Silva, 2007; Las Casas, 2007; Bertolani, 2008; Haverroth, 2004); 4. os significados indígenas sobre o uso de álcool (Ponte de Souza, 2004, 2009; Fidelis Dias, 2006; Carrara, 2010); 5. o desenvolvimento e a instrumentalização da noção de intermedicalidade como proposta de mediação de conflitos na saúde indígena (Gonçalves, 2007; Oliveira 2008); 6. a especificidade do uso de medicamentos farmacêuticos entre povos indígenas (Diehl, 2001; Gomes, 2008; Grassi, 2009); 7. a saúde das mulheres e das crianças indígenas – tanto com ênfase em indicadores de saúde como na problematização do cotidiano das mulheres em relação à política de saúde indígena (López, 2000; Lacerda, 2004; Marrero, 2007; Camargo, 2007; Romeu, 2007; Picoli, 2008; Maciel, 2009).

A segunda tendência, que desponta com força no cenário acadêmico e das instituições governamentais, é a análise focada na interface de instâncias estatais e saúde, evidenciada por estudos que problematizam a nova política de saúde indígena no formato dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Magalhães, 2001; Marques, 2003; Rocha, 2007). Já a interface da política de saúde e as representações de doenças e práticas de cura indígenas, através de etnografias das práticas cotidianas de saúde *vis-à-vis* a inserção política das demandas indígenas nos contextos local e nacional, pode ser vista na tese pioneira de Garnelo (2002), pesquisa que se inscreve como uma referência desta tendência por abrigar conceitualmente diversos desdobramentos apresentados a seguir.

Partindo deste eixo, alguns trabalhos investigam especificamente: 1. os modelos de participação, cogestão em políticas públicas e controle social (Meza, 2003; Inesita Araújo, 2002; Varga, 2002; Cruz, 2008; Söhsten, 2004; Craveiro, 2004; Araújo Filho, 2006; Oliveira, 2006; Lima, 2008; Silva, 2008); 2. a construção de competências comunicativas e formações discursivas no interior do processo de mediação de saberes no cenário da saúde indígena (Pellegrini, 2008; Ferreira, 2010; Faro, 2007). No escopo da inserção política dos processos saúde-doença, destacam-se também: 3. a construção de uma perspectiva etnográfica sobre as práticas cotidianas do conjunto de profissionais da enfermagem – figuras-chave da política de saúde distritalizada (Ribeiro, 2008; Dias da Silva, 2010); 4. a construção do lugar de fala dos agentes indígenas de saúde nas pesquisas e a reatualização dos conflitos que reincidem a partir da lógica da "articulação de saberes" proposta pelo texto da Política Nacional de Saúde Indígena (Oliveira, 2002; Dias-Scopel, 2005; Castro, 2007; Bruno, 2008; Oliveira, 2009; Novo, 2010).

Num diálogo que tem origem em investigações da antropologia política, e não em estudos etnológicos ou da saúde coletiva como até então encontramos, o enfoque na dimensão política da saúde indígena insere-se num horizonte que

se instaura a partir de relevâncias teórica e etnográfica específicas. Nos termos das reflexões desenvolvidas por Teixeira (2008, 2010, 2012), no que concerne à relevância teórica, a prioridade tem sido a diversidade de interações que são consideradas "políticas" segundo a perspectiva dos sujeitos envolvidos, de modo a contribuir para o adensamento dos debates em torno do que a política "pode ser", e não mais do que a política "é" ou "deve ser".

Já na referência etnográfica, o acúmulo de pesquisas de campo realizadas em saúde indígena tem indicado a relevância de se considerarem as conexões entre as ordens política, cultural e biológica como o domínio maior em que se inserem os processos de doença e saúde. Deste ponto de vista, os antropólogos vinculados a esta agenda de pesquisa[10] têm buscado, a partir das políticas públicas em ação, mapear arenas, fronteiras, temporalidades, agências, procedimentos e tipos específicos de relação de poder que qualifiquem um *espaço político da saúde indígena*, de modo a compreender o modo pelo qual os poderes biomédicos e tecnológicos configuram e são configurados por desigualdades sociais, econômicas e políticas e, assim, logram ou não atualizar certa inscrição social nos corpos.

É preciso salientar, por fim, observando as linhas de pesquisa que organizam as duas tendências descritas, que a saúde indígena ocupa um lugar interdisciplinar e detém forte poder de agenda junto a diferentes áreas. Não se pode dizer, contudo, que haja um subcampo dos estudos antropológicos da saúde indígena: uma especialização disciplinar com conceitos próprios, problemas bem delimitados e literatura teórica estabelecida, o que estaria de acordo com a vocação da antropologia brasileira – que tem se mostrado avessa a esses recortes que resultam em fragmentação da abordagem antropológica segundo objetos empíricos, apostando nas *interse*ções múltiplas entre ferramentas analíticas e fatos etnográficos.

Considerações finais

A proposta de qualificar a produção de conhecimento na saúde indígena nos conduziu, neste artigo, ao horizonte maior da articulação de práticas no cotidiano local e em instâncias estatais e nacionais, das dimensões simbólica e organizacional da produção de dados e de cuidados em saúde indígena, da produção de discursos da benevolência e da cidadania diferenciada, dos poderes biomédicos, tecnológicos e políticos do processo de inclusão cívica, da relação entre higienismo e manejos políticos da diversidade cultural como fenômeno particular, além da especificidade do protagonismo indígena em ação. Todos estes problemas aparecem nas teses e nas dissertações verificadas, nem sempre de forma explícita, e conformam linhas de investigação que se entrecruzam, sem se esgotarem num único contexto acadêmico-institucional ou numa abordagem teórica englobadora.

Entretanto, é preciso reconhecer que as políticas públicas em saúde indígena têm um lugar de destaque na caracterização da produção antropológica recente, pois sua relevância – esta é a nossa perspectiva – incrementa um eixo reflexivo específico que encontra nas *analogias com a natureza* seu dispositivo central de produção de verdade (no sentido foucaultiano), possibilitando mapear como suas instituições retiram da ação humana decisões que passam a ocupar "lugares sombreados nos quais nada pode ser visto e nenhuma pergunta pode ser feita" (Douglas, 1998:75). Estas formas de naturalização podem ser verificadas não apenas em relação aos processos de saúde e doença, tão estudados pelos antropólogos, mas também nas formulações sobre o ambiente – nas quais a noção de *higiene* surge como um nexo central entre corpo e meio.

Cabe destacar que tais naturalizações se dão em contextos democráticos, articuladas com diversas ações de inclusão cívica dos indígenas praticadas pelo governo, e em nome da conquista de direitos dos povos indígenas. Trata-se, portanto, de relações que se encontram no cerne do *manejo político da diversidade cultural,* concebido e vivido por diferentes atores (governamentais e não governamentais) como parte dos mecanismos de construção da cidadania indígena. Contudo, se normativamente e na retórica presente nos debates políticos sobre saúde indígena o argumento da cidadania indígena predomina, nas experiências cotidianas tem se observado nas práticas e nos valores atualizados pelos não indígenas o predomínio de, por um lado, elementos que compõem a configuração ideológica que tem no indígena um obstáculo a ser superado e, por outro lado, elementos que remetem à configuração ideológica na qual o indígena deve ser cuidado e educado sob os preceitos sanitaristas (da biomedicina e da engenharia) em detrimento de seu próprio discernimento (Teixeira, 2012).

Nosso intento ao longo deste artigo foi apresentar a relevância e o significado da produção antropológica sobre saúde indígena, considerando as características da inserção interdisciplinar que o tema congrega. Nesse percurso, nos chamou a atenção o fato de que, se para os programas de antropologia o tema da saúde indígena esteve presente de forma transversal nos encontros científicos e na forma de classificação das pesquisas nos bancos de dados da Capes, nas instituições de pesquisa em saúde pública a mesma realidade também se verificou. É certo, contudo, que tais programas de saúde pública detêm atualmente a liderança na produção de conhecimento em saúde indígena. Entretanto, a constitutiva interdisciplinaridade que caracteriza a produção de conhecimento sobre o tema não nos orienta a concluir no sentido de uma exclusividade ou de uma predominância acadêmica e nem de um núcleo acadêmico individual.

Como os dados apontaram, a tendência de diversificação das abordagens

disciplinares só é possível graças a um entrosamento entre pesquisadores acadêmicos de áreas distintas e, ainda, ao entrosamento entre estes pesquisadores e profissionais que atuam fora dessas fronteiras, como funcionários de instituições governamentais, ONGs etc., constituindo uma interface de ação que é causa e consequência do expressivo crescimento das pesquisas em saúde indígena.

Por meio da análise cruzada dos dados etnográficos que foi produzida a partir das teses e das dissertações, sobretudo em relação ao período de reestruturação da política de saúde indígena na década de 2000, podemos afirmar que o dinamismo da produção acadêmica extrapola seus meios institucionais, seja pela força de agências individuais com ampla capacidade de inclusão, seja pela origem diversificada de seus principais pesquisadores que, apesar de terem inserções acadêmicas e/ou institucionais muito distintas, convergem na semelhança de que tal interdisciplinaridade tem um valor substantivo para a produção do conhecimento em saúde indígena.

Recebido em 25/04/2013
Aceito em 04/07/2013

Carla Costa Teixeira é Professora Associada II da Universidade de Brasília, tendo experiência de pesquisa em Antropologia da Política e da Saúde. Atua principalmente em etnografia da vida política, políticas públicas de saúde indígena e relações entre saúde e saneamento. É pesquisadora 2 do CNPq e líder do grupo de pesquisa Antropologia Política da Saúde.

Cristina Dias da Silva é Professora Adjunta I do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora. Coordena o Laboratório de Antropologia Tapuia, do Instituto de Ciências Humanas (UFJF). Tem experiência em Antropologia da Saúde e da Política, atuando principalmente em processos saúde-doença, políticas públicas de saúde, saúde indígena, profissionais de saúde, técnicas do corpo, humanização em saúde.

Notas

1. Foram consideradas neste conjunto de teses e dissertações aquelas produzidas em programas de Ciências Sociais, Sociologia, Serviço Social e Antropologia.

2. O uso deste descritor também merece alguns comentários. Como o local de inserção é "assunto", a pesquisa está sujeita a alguns equívocos, pois é suficiente que constem as palavras "saúde" e "indígena" em algum local da ficha de indexação para que a tese/dissertação seja incluída. Assim, o pesquisador necessita checar individualmente as fichas para expurgar tais equívocos.

3. Foram excluídas as teses em biologia listadas na pesquisa por se referirem a populações "indígenas" microbiológicas.

4. A Fundação Oswaldo Cruz, contudo, mantém-se como o principal programa de pós-graduação em saúde pública no que se refere à saúde indígena.

5. Outra linha de investigação importante para o mapeamento das conexões entre pesquisadores da antropologia e com colegas oriundos de outros campos disciplinares seria o levantamento das coletâneas em saúde indígena. Contudo, tal empreendimento implica esforços que extrapolam o escopo deste trabalho, embora façam parte de nossa agenda de pesquisa.

6. Anais consultados: 2ª RBA [1955]; 3ª RBA [1957]; 10ª RBA [1978]; 15ª RBA [1986]; 16ª RBA [1988]; 17ª RBA [1990]; 18ª RBA [1992]; 19ª RBA [1994]; 20ª RBA [1996]; 21ª RBA [1998]; 22ª RBA [2000]; 23ª RBA [2002]; 24ª [2004]; 25ª RBA [2006]; 26ª RBA [2008]; 27ª RBA [2010].

7. Comunicação pessoal de ambas na cidade do México no evento I Encuentro de Antropólogos Mexicanos y Brasileños, ocorrido em 2011, e consulta posterior a Jean Langdon.

8. Estruturado como modelo territorial de assistência, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) foram idealizados em conjunto com a formação de equipes multidisciplinares (EMSI), compostas por profissionais de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, antropologia, farmácia, entre outros.

9. Para um balanço do campo da antropologia da saúde no Brasil e o lugar central das discussões sobre corpo e pessoa, consultar Langdon et alii 2012.

10. Referimo-nos especialmente aos pesquisadores vinculados à proposta de "Uma Antropologia Política da Saúde Indígena": Carla Costa Teixeira (UnB), Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz), Carmen Lúcia da Silva (UFMT) e Cristina Dias da Silva (UFJF).

Referências bibliográficas

ARAÚJO, I. S. 2002. *Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder – um modelo de comunicação para políticas públicas.* Tese de Doutorado, Escola de Comunicação Social/UFRJ.

ARAÚJO, A. M. A. 2003. *Do corpo à alma: missionários da Consolata e índios Macuxi em Roraima.* Tese de Doutorado, FFLCH/USP.

ARAÚJO Filho, J. 2006. *O Conselho Distrital de Saúde dos Povos Indígenas da Bahia: participação e ação democrática*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/UFBA.

ARAÚJO, Ana Valéria *et alii*. 2006. *Povos Indígenas e a Lei dos "Brancos": o direito à diferença.* Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade/ Laced/Museu Nacional.

BARRA, M. C. A. 2010. *Transformações dos corpos: um estudo do conceito de corpo Enawene-Nawe.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/UFMG.

BRAGA, P. C.R . 2010. *Corpo, saúde e reprodução entre os índios Fulni-ô*. Dissertação de Mestrado, CFCH/UFPE.

BERTOLANI, M. N. 2008. *Representações sociais da saúde e políticas de saúde voltadas a populações indígenas: uma análise da relação entre o sistema de saúde Guarani e a biomedicina.* Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências Humanas e Naturais/UFES.

BRANT de CARVALHO, M.L. 1997. *Saúde de populações indígenas: tendências e impasses do contato.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais/PUC/SP.

BRUNO, P.R.A. 2008. *Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de Agentes de Saúde Tikunas no Alto Solimões –AM, Brasil.* Tese de Doutorado, Fiocruz.

BUCHILLET, D. 2007. *Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil 1844-2006*. Quito: Abya-Ayla.

CAMARGO, M. A. 2007. *Implementação do programa de saúde familiar indígena no estado de Mato Grosso do Sul.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde/UnB.

CARRARA, E. 2010. *Metamorfose A'uwe Xavante: o álcool e o devir do sentimento coletivo.* Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Sociais, PUC/SP.

CARVALHO, F. 1996. *A Koixomuneti e outros curadores: xamanismo e práticas de cura entre os Terenas*. Dissertação de Mestrado, FFLCH/USP.

CASTRO, C. M. G. L. 2007. *Projeto Xamã: o processo de formação e atuação dos auxiliares de enfermagem indígena Kurã-Bakairi*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, UFMT.

CRAVEIRO, S.S. 2004. *Educação escolar e Saúde Indígena: uma análise comparativa das políticas nos níveis federal e local*. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas.

CREATINI da ROCHA, C. 2005. *Adoecer e curar: processos da sociabilidade Kaingang*. Dissertação de Mestrado, CFH/UFSC.

CRUZ, H. Peres. 2002. *Os caminhos da cura: uma etnografia de itinerários terapêuticos e da prestação de serviços entre os índios Krahó no estado de Tocantins*. Dissertação de Mestrado, CFH/UFSC.

CRUZ, K. R. 2008. *Os desafios da participação indígena na saúde indigenista*. Tese de Doutorado, Centro de Ciências Sociais/UFMA.

DIAS da SILVA, C. 2010. *Cotidiano, Saúde e política: uma etnografia dos profissionais da saúde indígena.* Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Sociais, UnB.

DIAS-SCOPEL, R. P. 2005. *O Agente Indígena de Saúde Xokleng: o mediador entre a comunidade e os serviços de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde*. Dissertação de Mestrado, CFH/UFSC.

DIEHL, E.E. 2001. *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng da Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil.* Tese de Doutorado, Fiocruz.

ERTHAL, R.M.C. 1998. *Saúde de populações especiais.* Tese de Doutorado, Fiocruz.

ESCOREL, S. 1998. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

FARO, L. M. C. 2007. *A mobilização indígena no sudoeste do Pará, o estado democrático de direito e a diversidade cultural: a radiofonia como instrumento de pacificação e de concretização de direitos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Direito/UFPA.

FARIAS, I. S. 2004. *Doenças, dramas e narrativas entre os Geripankó: concepções de causa e representações tradicionais sobre saúde e doença, presentes entre um grupo indígena situado na região do Nordeste brasileiro.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Unicamp.

FASSHEBER, J. R. M. 1998. *Saúde e políticas de saúde entre os Kaingang de Palmas/PR*. Dissertação de Mestrado, CFH/UFSC.

FERRARI, J. O. 1996. *A saúde dos índios: um desafio sem endereço. Os Karitiana de Rondônia.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública/USP.

FERREIRA, L. O. 2010. *Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto Juruá: a emergência da medicina tradicional no contexto de uma política pública.* Tese de Doutorado, CFH/UFSC.

FIDELIS DIAS, L. 2001. *Uma etnografia dos procedimentos terapêuticos e dos cuidados com a saúde das famílias Karipuna*. Dissertação de Mestrado, FFLCH/USP.

_____. 2006. *O bom beber e a embriaguez reprovável segundo os povos indígenas do Uaça.* Tese de Doutorado, FFLCH/USP.

FRANCO NETO, J. V. 2010. *Xamanismo Kalapalo e assistência médica no Alto Xingu. Estudo etnográfico das práticas curativas.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Unicamp.

GARNELO, L. 2003. *Poder, hierarquia e reciprocidade*: *saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

GARNELO, L. & LANGDON, E. J. L. 2005. "A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde". In: M.C.S. Minayo & C.E.A. Coimbra Jr. (orgs.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L.C. 2003. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil.* Brasília: OMS/ OPAS.

GOMES, J.S. 2008. "*Casas de Saúde" e assistência farmacêutica: desafios da saúde indígena em Belém e Macapá.* Dissertação de Mestrado, ILMD/Fiocruz, Ufam, UFPA.

GONÇALVES, L. J. M. 2007. *Entre culturas: uma experiência de intermediação em saúde indígena.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública/USP.

GRASSI, F. 2009. *A atenção à saúde em um contexto indígena: os medicamentos entre os Guarani de uma aldeia em Santa Catarina*. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências da Saúde/UFSC.

HAVERROTH, M. 2004. *O contexto cultural das doenças diarreicas entre os Wari', Estado de Rondônia, Brasil. Interfaces entre Antropologia e Saúde Pública*. Tese de Doutorado, Fiocruz.

HOCHMAN, G. & SILVA, R. "Campanhas públicas, populações (quase) invisíveis: Endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira". In: Carla Teixeira & Luiza Garnelo (org.). *Saúde Indígena em Perspectiva: Explorando suas matrizes históricas e idelógicas.* (no prelo)

HÖKERBERG, Y. H. M. 1997. *A Situação de saúde dos índios Kaingang do Rio Grande do Sul, 1985-1995.* Dissertação de Mestrado, Fiocruz.

LACERDA, E. 1999. *Implicações socioculturais no uso do medicamento em comunidades indígenas: o caso dos Tapeba de Caucaia.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina/UFC.

______. 2004. *A mulher Terena em tempos de AIDS: um estudo de caso da Aldeia Limão Verde, município de Aquidauana – MS*. Dissertação de Mestrado, ICHL/UFMS.

LANGDON, E. J. M. 1974. *The Siona medical system: beliefs and behavior.* Tese de Doutorado, Department of Anthropology, Tulane University.

______. 2004. "Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde". In: E.J.M. Langdon & L. Garnelo (orgs). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ ABA.

LANGDON, E. J. M. *et alii.* 2012. "Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais". *Anuário Antropológico* 2011/I:51-89.

LANGDON, E. J. M & GARNELO, L. (orgs.). 2004. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ ABA.

LAS CASAS, R. 2007. *Saúde Maxakali, recursos de cura e gênero: análise de uma situação social.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social/UERJ.

LEITE, M. S. 2007. *Transformação e persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade Amazônia*. Coleção Saúde dos Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

LIMA, K. M. S. 2008. *O controle social e a saúde indígena: um estudo dos Conselhos de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus/AM.* Dissertação de Mestrado, ICHL/Ufam.

LIMA *et alii* (org.). 2005. *Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

LOBO, M. S. C. 1996. *O caso Yanomami do Brasil: uma proposta estratégica de vigilância epidemiológica.* Dissertação de Mestrado. Fiocruz.

LÓPEZ, G.M.A. 2000. *A fecundidade entre os Guarani: um legado de Kunhankarai.* Dissertação de Mestrado, Fiocruz.

LUCIANO, G.S. 2006. *O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje.* Brasília: MEC/SECAD; Laced/Museu Nacional.

LUCIANO, G.S.; OLIVEIRA, J.C. & BARROSO-HOFFMAN, M. (orgs.). 2010. *Olhares Indígenas Contemporâneos*. Brasília: Centro Indígena de Estudos e Pesquisas.

MACIEL, L.T.L. 2009. *Corpos, culturas e alteridade em fronteiras: educação escolar e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS entre indígenas da Reserva Kadiwéu, Mato Grosso do Sul, Brasil.* Tese de Doutorado, Faculdade de Educação/USP.

MAGALHÃES, E.D. 2001. *O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Humanas/UnB.

MARRERO, L. 2007. *Mulheres indígenas Suruí: narrativas sobre saúde e doença relacionadas às experiências sexuais e reprodutivas*. Dissertação de Mestrado, Fiocruz.

MOTA, C.F.S. 2007. *Doenças e aflições: sobre o processo terapêutico na pajelança*. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências Humanas/UFMA.

MENDONÇA, S.B.M. 1996. *O Agente indígena de saúde no parque indígena do Xingu*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais/PUC/SP.

MENDONÇA, J.R. 2009. *Relação, saúde e condições ambientais entre os Munduruku da Terra Indígena Coatá-Laranjal, Amazonas-Brasil*. Dissertação de Mestrado, ICHL/Ufam.

MEZA. H.M. 2003. *Política em comunidade: experiência da participação Kaingang na política pública da saúde indígena*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Unicamp.

MUNIZ, E.N.S. 2010. *Encontro com o povo Sateré-Mawé para um diálogo intercultural sobre a loucura*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia/USP.

NOVAES, M. R. 1996. *A caminho da farmácia: pluralismo médico entre os Wari de Rondônia*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Unicamp.

NOVO, M. P. 2008. *Os Agentes Indígenas no Alto Xingu*. Dissertação de Mestrado, Centro de Educação e Ciências Humanas/UFSCar.

OLIVEIRA, L. S. Souza. 2002. *Formação e inserção de Agentes Indígenas de Saúde no Sistema Único de Saúde: um estudo de possibilidades*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública/USP.

OLIVEIRA, F. Martinez. 2006. *Dilemas da inclusão da Diversidade Étnica no Federalismo brasileiro: as perspectivas dos povos indígenas*. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas.

OLIVEIRA, A.C. Amorim. 2008. *Ritos, corpos e intermedicalidade: análise das práticas de resguardos de proteção entre Ramkokamekra/Canela*. Dissertação de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas/UFPE.

OLIVEIRA, P.H. Almeida. 2009. *Comida forte e comida fraca – alimentação e fabricação dos corpos entre os Kaingang da Terra Indígena Xapecó*. Dissertação de Mestrado, CFH/UFSC.

OLIVEIRA, S. Carvalho. 2009. *A produção da subjetividade de Índios/Agentes de Saúde: embates epistêmicos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação/UFF.

PACHECO, S. S. Q. M. 2007. *A gente é como aranha... vive do que tece. Nutrição, saúde e alimentação entre os índios Kiriri do sertão da Bahia.* Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/UFBA.

PACINI, A. 1999, *Pacificar. Relações interétnicas e territorização dos Rikbaktsa.* Dissertação de Mestrado, Museu Nacional/UFRJ.

PELLEGRINI, M.A. 1998. *Falar e comer: um estudo sobre os novos contextos de adoecer e buscar tratamento entre os Yanomami do Alto Parima.* Dissertação de Mestrado, CFH/UFSC.

______. 2008. *Discursos dialógicos: intertextualidade e ação política na performance e autobiografia de um intérprete Yanomami no Conselho Distrital de Saúde*. Tese de Doutorado, CFH/UFSC.

PICOLI, R.P. 2008. *Saúde, doença e morte de crianças: um olhar segundo a percepção dos Kaiowá e Guarani.* Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública/USP.

PIRES, D. E. P. 1988. *O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela medicina e pela enfermagem institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, CFH/UFSC.

PONTE de SOUZA, M. L. 2004. *Alcoolização e violência no Alto Rio Negro.* Dissertação de Mestrado, ICHL/Ufam.

______. 2009. *Juventude, uso de álcool e violência em um contexto indígena em transformação.* ILMD/Fiocruz.

RIBEIRO, A. A. 2008. *Do olhar ao cuidar: desafios na atenção à saúde indígena na Cada de Saúde do Índio de Manaus*. Dissertação de Mestrado, ILMD/Fiocruz, Ufam, UFPA.

ROCHA, E. 2007. *Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial Indígena do Rio Negro – Noroeste do Amazonas.* Dissertação de Mestrado, ICHL/Ufam.

ROMEU, U.M. 2007. *A dona do corpo: um olhar sobre a reprodução entre os Tupinambá da Serra-BA.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/UFBA.

SCOPEL, D. 2007. *Saúde e doença entre os Mura de Autazes Amazonas: experiências indígenas frente ao tratamento biomédico para uma doença crônica*. Dissertação de Mestrado, CFH/UFSC.

SEYFERTH, G. 2004. "O papel do financiamento e da avaliação na constituição do campo disciplinar". In: W. Trajano Filho & G. L. Ribeiro (orgs). *O campo da antropologia no Brasil.* Contra Capa/ ABA.

SILVA, G. 2007. *Chama os Atikum que eles desatam já: práticas terapêuticas, sabedores e poder.* Dissertação de Mestrado, CFCH/UFPE.

SILVA, R. O. 2008. *Saúde indígena na Amazônia brasileira: estudo de caso sobre a experiência de gestão conveniada da assistência à saúde da população indígena do Alto Rio Negro*. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas/SP.

SÖHSTEN, B.L. Von. 2004. *As organizações indígenas e a participação social em saúde – um estudo sobre a coordenação das organizações da Amazônia brasileira*. Dissertação de Mestrado, Fiocruz.

SOUSA, C.N.I. *et alii*. (org.). 2010. *Povos indígenas: projetos e desenvolvimento II*. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Laced.

SOUZA LIMA, A. C. & BARROSO-HOFFMAN, M. (orgs.). 2002a. *Estado e povos indígenas: bases para a nova política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Laced.

______ (orgs.). 2002b. *Além da tutela: bases para a nova política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Laced.

TEIXEIRA, C. C. 2008. "Fundação Nacional de Saúde. A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu". *Etnográfica*, 12:323-351.

______. 2010. "Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando?". *Anuário Antropológico2009/1*:99-128.

______. 2012. "A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira". *Revista de Antropologia USP*, no prelo.

TOLEDO, R.F. 2006. *Educação, Saúde e Meio-Ambiente: uma pesquisa-ação do Distrito de Iauaretê do município de São Gabriel da Cachoeira/AM*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública/USP.

TRAJANO FILHO, W. & MARTINS, C.B. 2004. "Introdução". In: W. Trajano Filho & G.L. Ribeiro (orgs). *O campo da antropologia no Brasil*. Contra Capa/ ABA.

VARGA, I.D. 2002. *Pelas fronteiras e trincheiras do indigenismo e do sanitarismo: a atenção à DST em comunidades indígenas, no contexto das políticas e práticas indigenistas e de saúde, na Pré-Amazônia*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública/USP.

VERANI, C.B.L. 1991. *A doença da reclusão no Alto Xingu: estudo de um caso de confronto cultural*. Dissertação de Mestrado, Museu Nacional/UFRJ.

WEISS. M.C.V. 1998. *Contato interétnico, perfil de saúde e doença e modelos de intervenção mínima: o caso dos Enawenê-Nawê em Mato Grosso*. Tese de Doutorado, Fiocruz.

Resumo

A produção acadêmica sobre a saúde indígena no Brasil quadruplicou nos últimos 10 anos. Se considerarmos o conjunto de teses e dissertações das Ciências Sociais produzidas neste mesmo período, este número permanece reduzido. O que pretendemos, contudo, é propor uma análise desses números - coletados em pesquisa ao Banco de Teses da Capes - para discutir a relevância e o significado desta produção, com foco na contribuição antropológica, assim como apresentar a genealogia da importância crescente do tema na antropologia brasileira. Para tanto, buscamos inserir os números aferidos em contextos mais abrangentes que nos possibilitassem compreendê-los enquanto parte de um processo que se insere simultaneamente nas dinâmicas do campo científico e do campo político brasileiros. Por fim, traçamos algumas convergências temáticas próprias à produção antropológica ao longo das últimas décadas e apontamos certos desdobramentos de pesquisa que vêm se configurando como linhas fortes.

Palavras-chave: saúde indígena, antropologia brasileira, produção acadêmica

Abstract

The scientific production on indigenous health in Brazil has quadrupled in the past 10 years. If we consider the set of theses and dissertations in Social Sciences produced in the same period, this number remains low. However, what we would like to propose in this article is an analysis of these numbers - collected in the Capes (Brazilian acronym for Improving Coordination for University-Level Staff) database survey - to discuss the relevance and significance of this production, with a focus on anthropological contribution, as well as presenting the genealogy of the growing importance of the topic in anthropology Brazilian. To this end, we seek to enter the numbers measured in broader contexts that would enable us to understand them as part of a process that fits the dynamics of both scientific and political fields in Brazil. Finally, we draw some thematic convergences own anthropological production over recent decades and pointed out certain research developments that are becoming increasingly strong lines.

Keywords: indigenous health, Brazilian anthropology, scientific production